

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO

DADOS DO DECLARANTE

NOME:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

ART. 37 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL "XVI - É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários: I. A de dois cargos de professor; II. A de um cargo de professor com outro técnico ou científico; III. A de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;" "§ 10 - É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos art. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração."

() **Não acumulo cargo / emprego / função** em Órgão Público Federal, Estadual, Distrital ou Municipal na Administração Direta ou Indireta, incluído Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista e suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público;

() **Não sou** aposentado por invalidez em Órgão Público Federal, Estadual, Distrital ou Municipal e nem do INSS;

() **Ocupo na esfera pública** (além do mencionado no campo DADOS DO DECLARANTE acima), o cargo/emprego/função de: _____, (nível de escolaridade exigido: () fundamental () médio

() superior), no qual ingressei em ____/____/____, no(órgão): _____ na Cidade de: _____ na UF (Estado) de(o) ____, sob o regime _____, na área de: _____, tendo uma jornada de trabalho de ____ horas semanais, cumprindo os seguintes horários:

() **Ocupo na esfera privada** (além do mencionado no campo DADOS DO DECLARANTE acima), o cargo/emprego/função de: _____, (nível de escolaridade exigido:

() fundamental () médio () superior), no qual ingressei em ____/____/____, no(órgão): _____ na Cidade de: _____ na UF (Estado) de(o) ____, sob o regime _____, na área de: _____, tendo uma jornada de trabalho de ____ horas semanais, cumprindo os seguintes horários: _____.

() Exerço atividade particular ou como autônomo de: _____;

() Exerço atividade empresarial como: _____;

() Participo de gerência ou administração de empresa privada e/ou sociedade civil;

() Percebo aposentadoria por () Contribuição () Idade () Especial () Outras _____ pelo Órgão

() INSS () Outros: _____ desde ____/____/____ (**apresentar comprovante**).

() Atinge o teto máximo INSS 2025 de R\$ 951,62

Obs : Se acumular cargo ou função pública, exercer atividade como autônomo ou particular deverá anexar declaração emitida pelo setor de Recursos Humanos, na qual deve constar o horário semanal de trabalho e a carga horária mensal do cargo.

Lembrando que a carga horária máxima semanal é de 60 horas, para acúmulo de cargos públicos e privados, conforme Jurisprudência do TCU (Tribunal de Contas da União).

Comprometo-me a comunicar ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura da Estância Turística de Salto - SP qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida profissional, que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos, empregos e funções. Estou ciente de que:

1. As licenças sem remuneração não eliminam a acumulação (Súmula TCU nº 246).

2. Declarar falsamente é crime previsto em Lei Penal e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

**DESCRIÇÃO DE BENS DOS FILHOS OU
DEPENDENTES DO AGENTE PÚBLICO**

VALOR (R\$)

DESCRIÇÃO DE BENS DOS FILHOS OU DEPENDENTES DO AGENTE PÚBLICO	VALOR (R\$)

As afirmações prestadas por mim são a expressão da verdade e as declaro sob penas da lei.

Estância Turística de Salto, de de 20__

Assinatura

A declaração compreenderá imóveis, móveis, semoventes, dinheiro, títulos, ações, e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais, localizado no País ou no exterior, e, quando for o caso, abrangerá os bens e valores patrimoniais do cônjuge ou companheiro, dos filhos e de outras pessoas que vivam sob a dependência econômica do declarante, excluídos apenas os objetos e utensílios de uso doméstico.

TERMO DE ADESÃO DE CARTÃO ALIMENTAÇÃO

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, e inscrito (a) no CPF sob o nº _____, cargo/emprego _____ matrícula/registro nº _____.

Benefícios de Alimentação R\$ 587,40:

- *Cartão Alimentação R\$ 318,35;*
- *Dif. Cesta/Cartão Alimentação R\$ 44,52;*
- *Cartão Refeição R\$ 164,63*
- *Kit Higiene e Limpeza R\$ 59,90*

Salto, _____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO EMPREGADO

PARA CONHECIMENTO:

Os valores dos benefícios estão sendo pagos em holerites até firmarmos novo contrato.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME.....: _____
 MATRÍCULA _____ C.P.F.: _____
 ENDEREÇO.: _____ Nº _____
 BAIRRO.....: _____ CIDADE.....: _____ UF.: SP
 FONE.....:(____) _____/(____) _____

DECLARO QUE OS DEPENDENTES ABAIXO DESCRITO DEVEM SER CONSIDERADOS PARA:

➤ **ACOMPANHAMENTO FAMILIAR CONFORME ACORDO COLETIVO:**

- PAIS, CONJUGÊS OU COMPANHEIROS (AS), FILHOS NATURAIS OU ADOTIVOS E ENTEADOS MENORES DE 18 ANOS, MENORES SOB GUARDA PROVISÓRIA E CURATELADOS COM DEFICIÊNCIAS.

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	Nº CPF DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO	ESCOLARIDADE DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL

➤ **PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA:**

- CONJUGÊS OU COMPANHEIROS (AS), FILHOS E ENTEADOS MENORES DE 21 ANOS, FILHOS E ENTEADOS ATÉ 24 ANOS QUANDO ESTUDANDES DE ENSINO SUPERIOR OU TÉCNICO, FILHOS E ENTEADOS DE QUALQUER IDADE QUANDO INCAPACITADOS PARA O TRABALHO, MENORES SOB GUARDA PROVISÓRIA E CURATELADOS COM DEFICIÊNCIAS; PAIS, AVÓS E BISAVÓS E OUTROS CONFORME RECEITA FEDERAL.

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	Nº CPF DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO	ESCOLARIDADE DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL

Encaminhado ao RH, em anexo a este documento cópia do CPF dos dependentes. Todos os dependentes devem obrigatoriamente ter o número de CPF informado, sob pena de exclusão de dependência em Folha de Pagamento

SALTO/SP, ____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO SERVIDOR: DO EMPREGADO: _____

VALE TRANSPORTE - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Lei Federal 7.418/85. Decreto 95.247/87. Lei Municipal 1957/96. Lei Municipal nº3176/13.

1 - O **Vale-Transporte** será pago pelo beneficiário até o limite de 6% (seis por cento) do salário (excluindo quaisquer adicionais e vantagens) e pelo empregador, no que exceder a esse limite.

2 - Não é permitido substituir o fornecimento **Vale-Transporte** por antecipação em dinheiro ou qualquer outra forma de pagamento, salvo no caso de falta ou insuficiência de **Vale-Transporte**.

EMPREGADOR

NOME: Prefeitura da Estância Turística de Salto CNPJ 46.634.507/0001-06

ENDEREÇO: Av. Tranquillo Giannini, 861, Distrito Industrial Santos Dumont-Salto-SP-CEP 13.329-600

EMPREGADO

NOME: _____

RG: _____ **CPF:** _____ **DATA NASC:** _____

NOME DA MÃE: _____

OPÇÃO PELO VALE - TRANSPORTE

O Vale-Transporte é um direito do trabalhador. Faça sua opção por receber ou não assinalando um dos quadros abaixo:

SIM _____ / ____ / ____
 NÃO _____ Assinatura do Empregado _____ Data

Obs.: Qualquer que seja sua opção, o formulário total ou parcial deverá ser encaminhado ao setor de pessoal.

DECLARAÇÃO

Para fazer uso do sistema Vale - Transporte, declaro:

1 - Residir na _____ nº _____ Fone: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Local de Trabalho: _____

Horário de Trabalho: _____

Trajetos Utilizados: _____

Cargo: _____ Data Admissão: _____

2 - Utilizo os seguintes meios de transporte de minha casa ao trabalho e vice-versa.

Municipal Empresa: _____

Intermunicipal Empresa: _____

Interurbano Empresa: _____

3 – Atualização cadastral. Sempre que a mudança de endereço acarretar troca de linha de ônibus é obrigatória a atualização do cadastro no Departamento Pessoal.

4 – Compromisso: “Comprometo-me a utilizar o vale-transporte, exclusivamente, para meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa. O acima declarado é expressão da verdade. Estou ciente de que a declaração falsa ou uso indevido do Vale-transporte constitui Falta Grave.”

5 - Informações complementares: _____

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data: